

令和2年度第2回浦安市在宅医療・介護連携推進検討委員会（議事録）

1. 開催日時 令和2年10月15日（木） 午後6時30分～午後8時30分

2. 開催場所 浦安市文化会館3階大会議室

3. 出席者

（委員）

藤田委員長、副島副委員長、山田委員、飯田委員、森山委員、工藤委員、

鎌田委員、内堀委員、佐藤委員、鈴木委員、八木沼委員、村瀬委員、富永委員、

植草委員（名簿順）

（事務局）

福祉部：河林次長

福祉部高齢者包括支援課：望月課長、斉藤課長補佐、河口係長、鈴木、飯沼

築地介護保険課長、森林中央地域包括支援センター副主幹、齊川健康増進課成人保健係長、

山崎国保年金課長補佐

4. 議題

(1) 在宅医療・介護連携推進事業について

(2) 第1回浦安市在宅医療・介護連携推進検討委員会の意見交換とアンケートの報告

(3) 意見交換

5. 議事の概要

(1) 在宅医療・介護連携推進事業について

事務局より、在宅医療・介護連携推進事業等について説明した。

(2) 第1回浦安市在宅医療・介護連携推進検討委員会の意見交換とアンケートの報告

事務局より、情報の連携方法や課題、ICTシステムに期待することなどについて、前回委員会意見交換とアンケート結果報告を行った。

(3) 意見交換

各委員より、ICTシステムを含め浦安市で取り組む情報連携について意見交換を行った
(詳細は6. 会議経過)。

(4) その他

- ・第3回浦安市在宅医療・介護連携推進検討委員会は、令和3年の2月から3月。
- ・11月30日の人生会議の日を、広報うらやす等で周知予定。

6. 会議経過

意見交換で表明された意見は、次のとおり

(1) 在宅医療・介護サービス利用者はどのような人か。

- ・在宅療養者には、医療中心、生活中心の方がいる。高齢者、子ども、精神疾患患者など全ての方を在宅でどのようにサポートするのがこのテーマになると思う。
- ・病院が行政と連携して支援している患者は、神経難病者、浦安市認知症初期集中支援チーム対象者、介護保険制度など制度対象者にならない者、精神疾患患者、生活困窮者等。
- ・介護を要する方を支えているのは、医療や介護スタッフだけではなく、新聞配達、配食サービス、ごみ収集など多々ある。
- ・浦安市では、医療関係者の連携は多くなってきている。買い物支援、書類の整理や各種申請支援、自宅周りの補修、話し相手など生活面のサポートができると在宅チームの役割が広がる。
- ・処置方法について通所介護（デイサービス）事業所と情報共有したことがある。通所介護、短期入所生活介護（ショートステイ）との連携が必要。
- ・施設内では入居者の状況をICTシステムで情報連携しているが、在宅療養されている方に対しても、国としては同じことを求めているのではないか。
- ・ICTでカバーする範囲としない範囲をあらかじめ納得しておかないとうまくいかない。ICTシステムは支援者間の連携や市民支援にどの位役に立つのかやってみないとわからないが、できることならこれを機に進めてもらいたい。

(2) 在宅医療・介護関係者間、病院と在宅間でどのような情報を共有しているか。またどのような情報がほしいか。

【病院側】

- ・急変時の本人の意向。誰とどこまでどの位話し合われており、どこまで尊重するのか。
- ・在宅での様子、本人の意向、認知症の程度。
- ・病院側から最期をどのように看取りたいかの話をすると驚かれる家族が多い。
- ・新型コロナウイルスの影響で家族が院内に入れず、電話でのやり取りが主であり、情報共有が課題である。

【在宅側】

- ・病院から在宅に戻る際、本人の病気の理解、家族の受け止め方。
- ・自宅看取りと決めて病院から在宅に戻るが、家族が疲れてしまい諦めたり、意向が変わることが多い。病院にフィードバックできる仕組みができるといい。

【その他】

- ・国の ACP の指針は、急変時どうするか、最期をどこで過ごすかなど何かをしたり決めなくてはならない感じがするが、担当患者を通して、何も決めなくてもその人が人生について考えていくことが大事であると感じている。
- ・顔の見える連携は第 1 段階、次に本当に大事なのは何でも言い合える関係。
「これからどうしていきたいのか」は、双方とやり取りをしながら少しずつ形が変わっていくことをお互いに認識し、情報や事例を地域で共有したり病院医師にフィードバックされていく体制が望ましい。浦安市で作っていただけたい。
- ・長期的に本人と家族を支援できるような ICT を含む情報連携システムを作ってもらいたい。

(3) ICT を使って共有できる情報は？

- ・テキスト形態に、現在の電話や郵送などで行っている情報に画像が加わる。

(4) ICT の用途は？（こんな風に使いたい）

【病院側】

- ・病院の連携室を通して、地域の医師やケアマネジャーの声、リアルタイムでの在宅患者の状況や心情の変化を病院医師に伝えられるような使い方。
- ・公に情報共有ができるようになると支援者同志の齟齬が減り、再院時の患者の安心につながる。

- ・急性期病院では、急変時から退院までの関わりであるが、在宅の様子がわかると在宅への円滑な移行につなげることができる。
- ・画像や血液データなど情報はたくさんあるが、病院での生活状況や患者の声を伝えられるもの。
- ・ICTシステムで情報共有ができたり、関係者同士で顔の見える関係ができていると、関わりが短期間の患者であってもより実状に合った主治医意見書の記載ができる。

【訪問診療】

- ・在宅療養者だけでなく、外来通院患者にもICTシステムを活用。
- ・訪問診療と病院通院を併用する方もたくさんいる。追加した薬剤情報、在宅酸素導入などを病院の医師に伝える際にICTシステムを活用。
- ・病院医師からも在宅で診てほしいことなど気軽に伝達できるツールにできたらいい。

【訪問歯科】

- ・歯科の往診の際に事前に画像を見ることができれば、治療の方針が立てられ、使用機材を予測し持っていくことができる。

【薬剤師】

- ・退院カンファレンスや地域ケア会議等に薬剤師も参加できるといい。

【訪問看護】

- ・訪問看護師は、退院前、外来通院時から一番長く患者と関わる。どの情報を共有するのが大事で、関係者間で情報共有できると、患者さんへの関わり方が優しく変わり、その人らしく生きていくための時間を一緒に共有できるためICT活用をぜひ進めたい。
- ・訪問看護ステーションやケアマネジャーは書類の提出先で病院窓口を利用することが多いが、提出先窓口不明の場合、書類が滞ったり戻ってこないことがある。
- ・浦安市内病院連携窓口一覧を、送る側だけでなく受け取る側（病院、施設）にも周知が必要。また、病院だけでなく施設の連携窓口の情報を入れてもいいと思う。

【リハビリテーション職】

- ・がん末期者に、自宅でリハビリテーション職によるリハビリを行うが、身体が動かなくなってくると、看護師による看護的ケアに切り替わることが多い。
- ・リハビリテーション職は、看取りの場面に関わる事がほとんどないがICTツールを通して看取り

の情報共有し学びたい。

- ・リハビリ専門職は、がん末期、運動器系疾患患者であっても痛みの原因がわかれば痛みの緩和ができたり、亡くなる前まで歩くためのサポートとしてリハビリ職が介入できることはある。

【ケアマネジャー】

- ・医療面のリスクを踏まえながら、本人の希望をどこまで実現できるか、療養上のアドバイスやリスクを共有できるといい。
- ・一度に情報共有でき、誰でも簡単に使えるものもいい。

【行政】

- ・行政側と医療・介護職側でお互いに情報伝達ができるツールになるといい。

【その他】

- ・在宅では、デイサービス、ショートステイ、ヘルパーなど多くの方が入り、本人の好みや価値観、それぞれ情報を持っている。ICT ツールを介して、支援者みなで共有できるのではないかな。
 - ・近隣区の ICT を利用したことがあり、リアルタイムで色々な情報が入ってよかった。
 - ・ICT システムの使い方は多々あり、どういう目的で使うのかが大事。そこが明確にならないと使う人により使い方が変わり、システムの意味もなくなる。
 - ・ICT システムを導入しても、電話、FAX、紙などアナログは必要。
- 地域の方との連携、顔の見える連携、何でも言い合える関係、ネットワークづくりが大切。

第2回 浦安市在宅医療・介護連携推進検討委員会

令和2年10月15日

18時30分から20時30分

浦安市文化会館大会議室

1. 浦安市高齢者包括支援課課長挨拶
2. 議題
 - 1) 在宅医療・介護連携推進事業について
 - 2) 第1回浦安市在宅医療・介護連携推進検討委員会の意見交換とアンケートの報告
 - 3) 意見交換
3. その他

第2回浦安市在宅医療・介護連携推進検討委員会

令和2年10月15日(木)

18:30~20:30

浦安市文化会館大会議室

在宅医療・介護連携推進事業

＜法的根拠＞

介護保険法第115条の45

国の取組の方向

【事業趣旨】

①医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。

②医療提供や介護サービス整備の提供体制そのものの多寡を評価し、整備を進めることを目的とするものではなく、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。

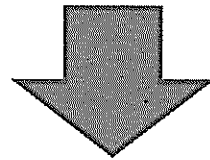
浦安市の取組の方向

●浦安市は、高齢化率(17.49%:R2. 4時点)は低いですが、高齢者人口は増加し、2040年には高齢化率28.0%になると推計。

2040年に向けて85歳以上人口が急増する一方、生産年齢人口は減少傾向にあることから、今後増加が見込まれる中重度の要介護認定者等をどのような体制で支えていくかが大きな課題。

●高齢者の独居や高齢者世帯は、急激に増加している。

今後、85歳以上の高齢者の増加が見込まれることから、独居の方の支援の必要性が増すことが予想される。



高齢期になると、医療や介護が必要となることや容態が急変して入院することもある。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることも想定される。

在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者を支援していく必要がある。

浦安市が目指す方向

要介護状態になっても、本人の選択により住み慣れた地域の中で安心して最期を迎えることができるようにする

(浦安市高齢者保健福祉計画及び第7期浦安市介護保険事業計画)

(最終アウトカム)在宅医療・介護連携事業の基本目標

要介護状態になっても、自宅で自分らしく安心して生活できるよう体制づくりをすすめる

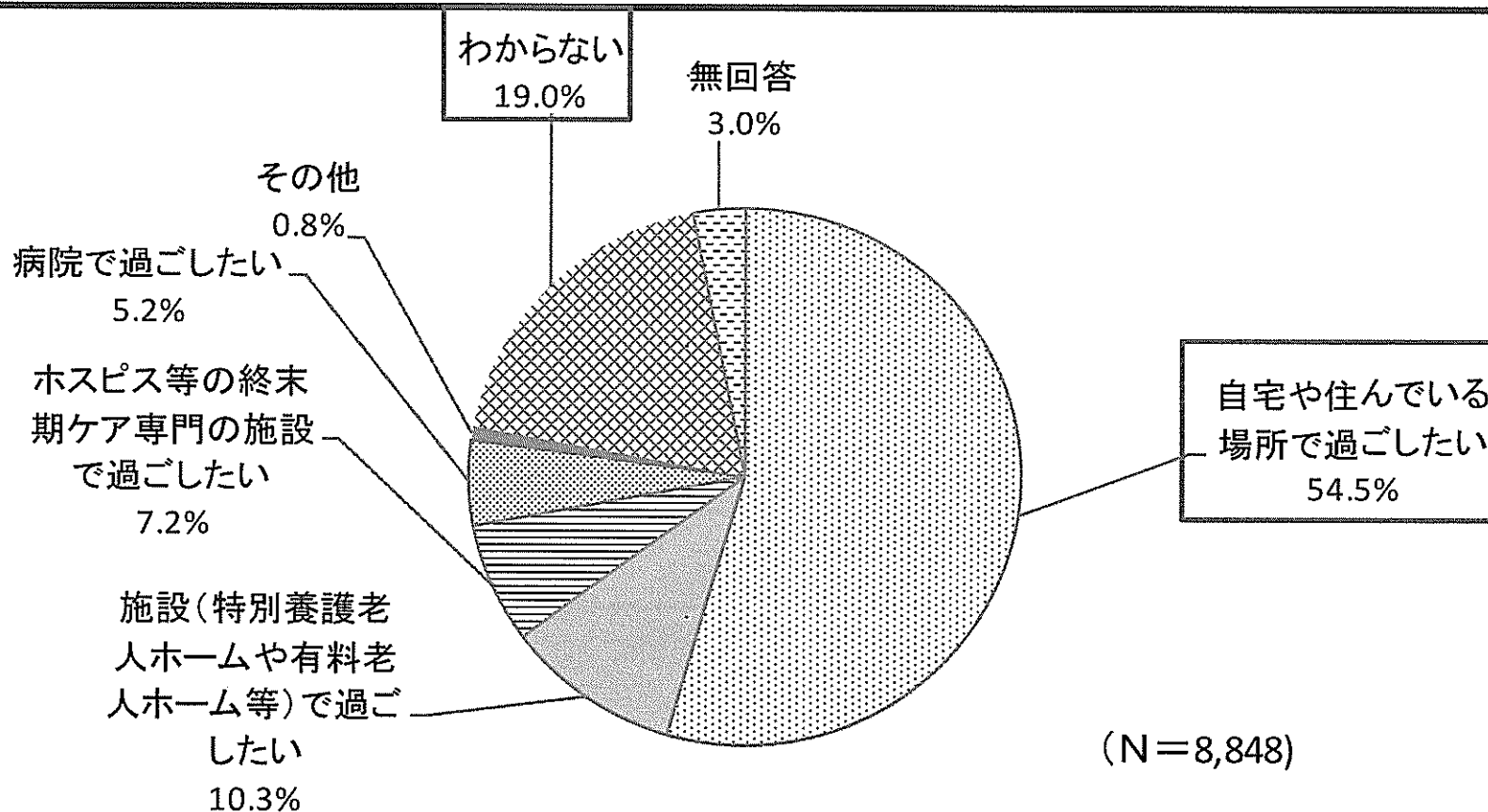


それはどのような状況か？

1. 事業のPDCA基盤が整備されている
→地域の医療・介護の課題抽出、対応策の検討されている
2. サービス提供体制が構築されている
→在宅療養ができる環境(受け入れ態勢)がある
3. 関係機関の連携ができている
→病院から在宅へスムーズに移行できる
4. 在宅療養や看取りについての情報が住民に普及啓発されている
→在宅医療、療養、看取りの場所は、自宅も選択できることを市民は知っている

あなたは、人生の最期をどこで過ごしたいですか

「自宅や住んでいる場所で過ごしたい」が54.5%



データから見える医療・介護連携に係る地域の特色

国保データベース(KDBデータ)に基づく浦安市の地域性の分析結果

入院中の算定率が低いのはなぜ？

地域指標	浦安市	平均値	四分位較
介護支援等連携指導料	2.6%	5.3%	▽
退院時リハビリテーション指導料	6.5%	14.2%	▽
入退院支援加算	6.7%	23.5%	▽
栄養サポートチーム加算	0.5%	2.3%	▽

入院中の算定率

地域指標	浦安市	平均値	四分位較
自宅死の割合	20.1%	13.7%	▲
老人ホーム死の割合	11.4%	7.5%	▲

自宅死、老人ホーム死の割合が高いのはなぜ？

ICTを活用した情報共有システム

医療・介護関係者間で、医療・介護情報共有の効率化や相互のコミュニケーションを図るため、病院、診療所、薬局、介護関係施設、行政等をICTによりネットワーク化し、高齢者の医療・介護情報等を地域包括ケアシステムの実現のために共有するシステム

第1回検討委員会意見交換
と
アンケート結果(13名回答)

【現在の連携について】

現在、どのような方法で、他の医療機関や介護サービス提供機関と情報共有や連絡をされていますか(複数回答可)。

- 1) 電話 13名
- 2) FAX 12名
- 3) メール 5名
- 4) LINEなどのSNS 4名
- 5) その他(郵送、介護ソフト、直接、ホームページ)

【連携の現状と課題】

現在の情報共有や連絡方法の課題について教えてください(複数回答可)。

- 1) 連絡がつながりにくい 10名
- 2) 情報セキュリティ 9名
- 3) 連絡内容の記録 5名
 - ・画像をカルテに添付できない
 - ・文章のみのやりとりでイメージがつきにくい内容もある
 - ・個人情報をおぼろげにするため名前の読み方、漢字の誤りがある
 - ・FAX誤送信の恐れがある
- 4) その他 1名
- 5) 該当なし 0名

【連携の現状と課題①】

- ・入院時、ケアマネジャーから電話で情報をもらい、入院翌日までに千葉県地域生活連携シートを病院に届けてくれている
- ・千葉県地域生活連携シートに記載する対象に迷う
- ・独居高齢者本人の救急搬送時は、患者情報の取得が困難なことが増えてきている
 - ・救急搬送者の患者情報は、すぐに得られないことがある
- ・ケアマネから病院の相談窓口がわからないという声がある

- ・ケアマネは病院でのカンファレンスに積極的である
- ・ケアマネとして市外病院との病院カンファレンスがWEBで行われると業務調整しやすい
- ・WEBでリハビリ様子も見せてもらうこともある
- ・コロナで面会制限があり、関係者のカンファレンス開催が難しい

【連携の現状と課題②】

- ・医療と介護の間に敷居がある
- ・地域包括支援センターでは、病院とのやり取りの頻度が多くなってきている
- ・コールセンターのように電話が鳴っており、業務に支障も出ている

- ・法人内は同システムを使用しているため情報共有が速やかにできている
- ・事業所内でICT化した際、80歳代のスタッフはできるようになるまで半年かかったができた

- ・FAX主体。番号間違いのリスクがある
- ・LINEグループで連絡は、プライベートと仕事と一緒にになりがちである

【ICT導入効果と期待すること①】

ICTシステムの考えられる活用と求める機能について教えてください(複数回答可)。

1) 患者情報共有

a) 多職種連携: 13名

b) 診診連携: 5名

c) 病診連携: 6名

d) 病病連携: 3名

e) その他: 3名

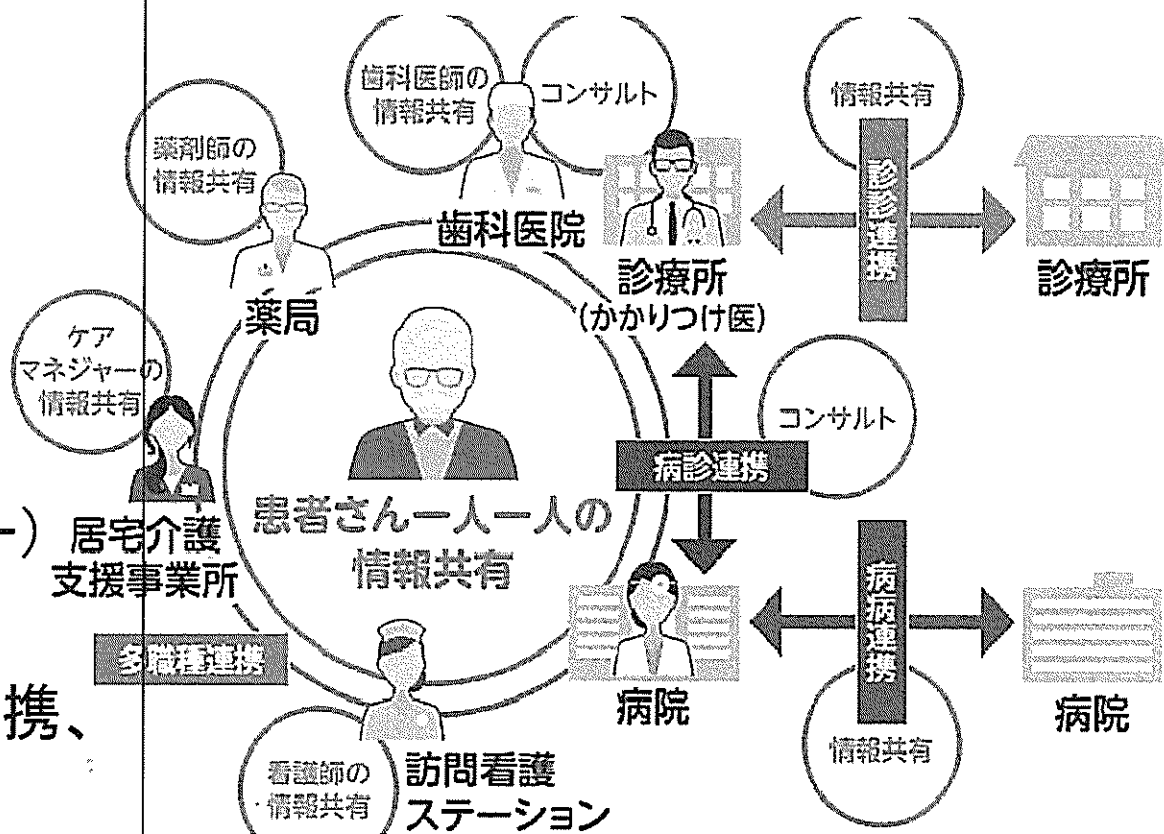
・病薬連携

・看看連携(サマリー)

・リハ職同士の

病病連携、病診連携、

病院訪看連携



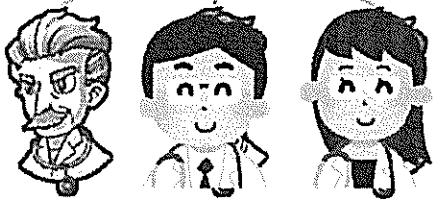
(株) 帝人ファーマ資料から抜粋

2) コミュニケーションツール

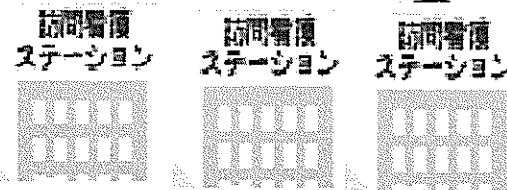
- a) 所属内: 5名
- b) 所属団体内: 7名
- c) 所属間: 8名
- d) その他: 1名

(株)カナミック資料に加筆、修正

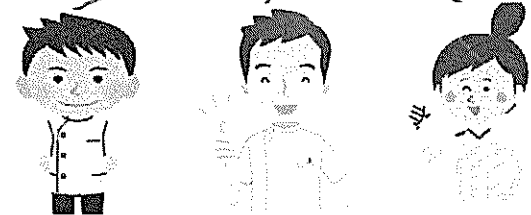
b) 所属団体内
医師会会員



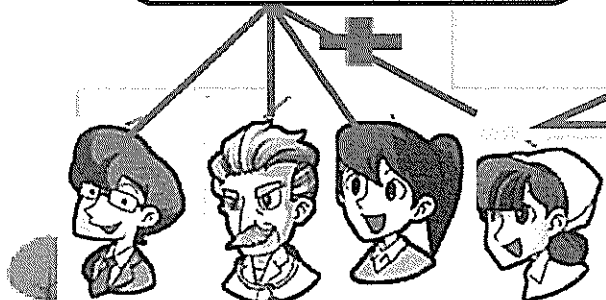
b) 所属団体内
訪問看護ステーション間



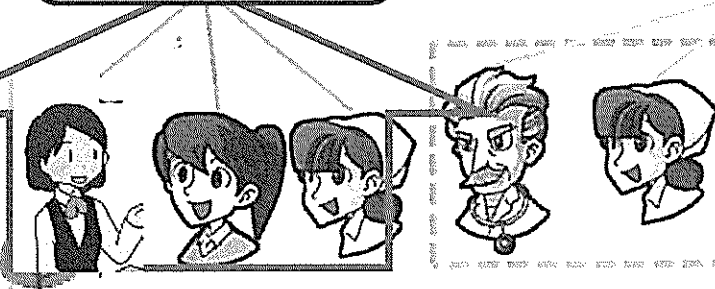
b) 所属団体内
リハビリテーション連絡会会員



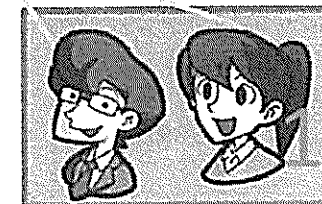
a) 所属内
病院内



a) 所属内
事業所内



c) 所属間
医師会と歯科医師会



【ICT導入効果と期待すること②】

1. 地域の多様な専門職間で情報共有が容易になる
 - 口腔ケアの大切さ、訪問リハ制度の周知
2. 地域の専門職間で気軽に報告・連絡・相談等ができる
 - 薬剤師が在宅に入り、服薬指導や疑義照会ができるといい
3. 患者や高齢者等の情報をいつでも確認できることで迅速かつ適切な対応が可能である
 - 緊急入院時や受診時に情報があると対応がスムーズになる
 - 入退院の情報共有
 - ターミナルケア時など、介護側から状態を報告し、医師や看護師からリアルタイムで指示や助言を受けられるとよい。
 - 専門医に画像共有でき、的確な処置や薬につながる
4. 地域の専門職間の情報共有・連携により各専門職の業務効率が上がる
 - 職員の残業ゼロを目標としたい

【ICT導入効果と期待すること③】

5. 電話やFAXに代わる連絡手段として時間や手間を削減できる

- ・介護保険制度上の報酬(入退院時連携加算等)に反映できるといい。
- ・保険制度上必要な情報のデータ化はできるか？

また、PDFにした書類の有効性は？

PDFの情報は収積情報の一部として使用できるか？

- ・医師が発行する書類(軽度者ベット例外給付への意見、おむつ使用証明書、訪問看護指示書)をデータで速やかに受け取りたい。
- ・普段使用しているアセスメントシートや地域連携シートがICTに反映されるといい
- ・訪問歯科診療の調整をもっとスムーズにできるといい
- ・総合病院は主治医につなぐのが大変なのでICT活用できる
- ・海外等遠隔地にいる家族との連絡

【ICT導入効果と期待すること④】

6. テレビ会議形式(非対面)でのカンファレンスが開催できる
 - Webカンファ
7. 各所属や行政からの通達を対象となる方に迅速に伝達できる
8. その他
 - セキュリティの強固
 - がん末期の方の意向をICTを通して確認

【ICTデメリット】

- 2重入力
情報一元化できるのか、新たに入力するのか
- 電カルは不可能(病院間もできない)

【運用①】

- 市が主導し、市内全体で病院も含めて連携できるといい。
- 薬局はチェーン店が多く、ツールに対して本社判断で導入できないこともある。
- 所属する法人が個人情報保護の観点から参加をOKするかどうか、足並みが揃わないことが予想される。
- 65歳以上全員登録するのはどうか。
- どの情報をどの位、どこまで共有していくか。
- 個人情報、変わらない情報、変わる情報を分けた方が良い。
- ヘルパーとの情報共有は必要
- ヘルパー全員、とりまとめ者までなどどこまで共有するか
- 大きくではなく小さめから始めるのもいいのでは

【運用②】

- ・LINE・携帯で気軽に発言や意志を求められるツール。
- ・タブレットや携帯を使用した誰でも持っている物で簡単に出来る様にしたい
- ・誰でも出来て、簡単にみえたり、送れたり、リアルタイムで情報共有できるシステムが必要だと思う。

- ・ICTシステムで取り扱う内容を明確にすることで活用意義はかなり高いと思う。
 - ICTシステムでなんでもつながると考えると無理があると思う。
- ・ZOOMやスカイプなどWEB会議できるツールはある。会議は現在あるツールを使ってもいいのではないか

- ・介護と医療の共通言語のルール化と顔のみえる連携構築。相手の機能と役割を理解する。
 - ・すぐ見てもらいたいときは電話も併用。

- ・低価格での導入、病院全体でシステム導入するのは経費面で難しい

【以前使用していた多職種連携ネットワークシステム】

- 一部の人のみで全体的な参加が見込めず
- セキュリティ、同意を取る方法、情報入れ直しなど中途半端だった
- 同意をとるなど登録に時間を要していた
- システムの入力状況など管理する人が必要であり、個人に負担があった。
- 院内でも担当者のみが対応し大変だった
- 入力する人間がいないと成り立たない
(運営するところがないと続かない)
- 入力後に電話をする必要があり非効率であった

【ICT導入について】

第1回会議終了時点で、ICTシステム導入について、あなたの考えと理由を教えてください

- 1) 興味あり 11名
- 2) 興味なし 0名
- 3) わからない 2名

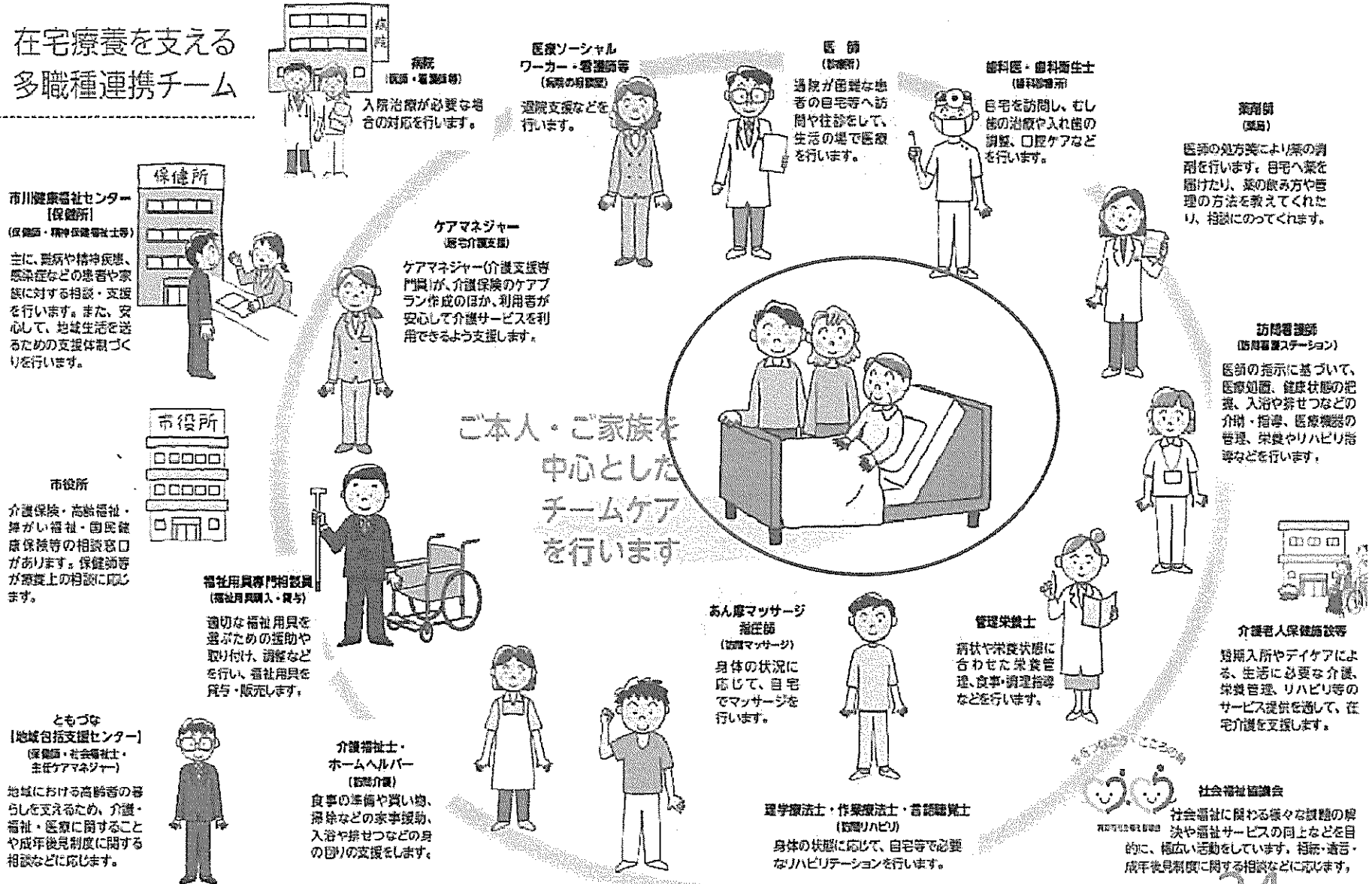
- ・医療側の反省点も含めこのような制度推進できると良いと思う。
- ・リハ連絡会はコミュニケーションツールとして便利
- ・今回コロナ感染クラスター発生して、ICT導入の重要性を強く感じた。

意見交換していただきたいこと

- ①在宅医療・介護サービス利用者はどんな人？
- ②医療・介護関係者間、病院と在宅間で どのような情報を共有している？また、どのような情報がほしい？
- ③ICTを使って共有できる情報は？
- ④ICTツールの用途は？
- ⑤何のためにICT導入するのか

①在宅医療・介護サービス利用者はどんな人？

在宅療養を支える
多職種連携チーム



②医療・介護関係者間、病院と在宅間でどのような情報を共有している？
どのような情報がほしい？

③ICTを使って共有できる情報は？

医療・介護関係者間で共有すべき情報の例

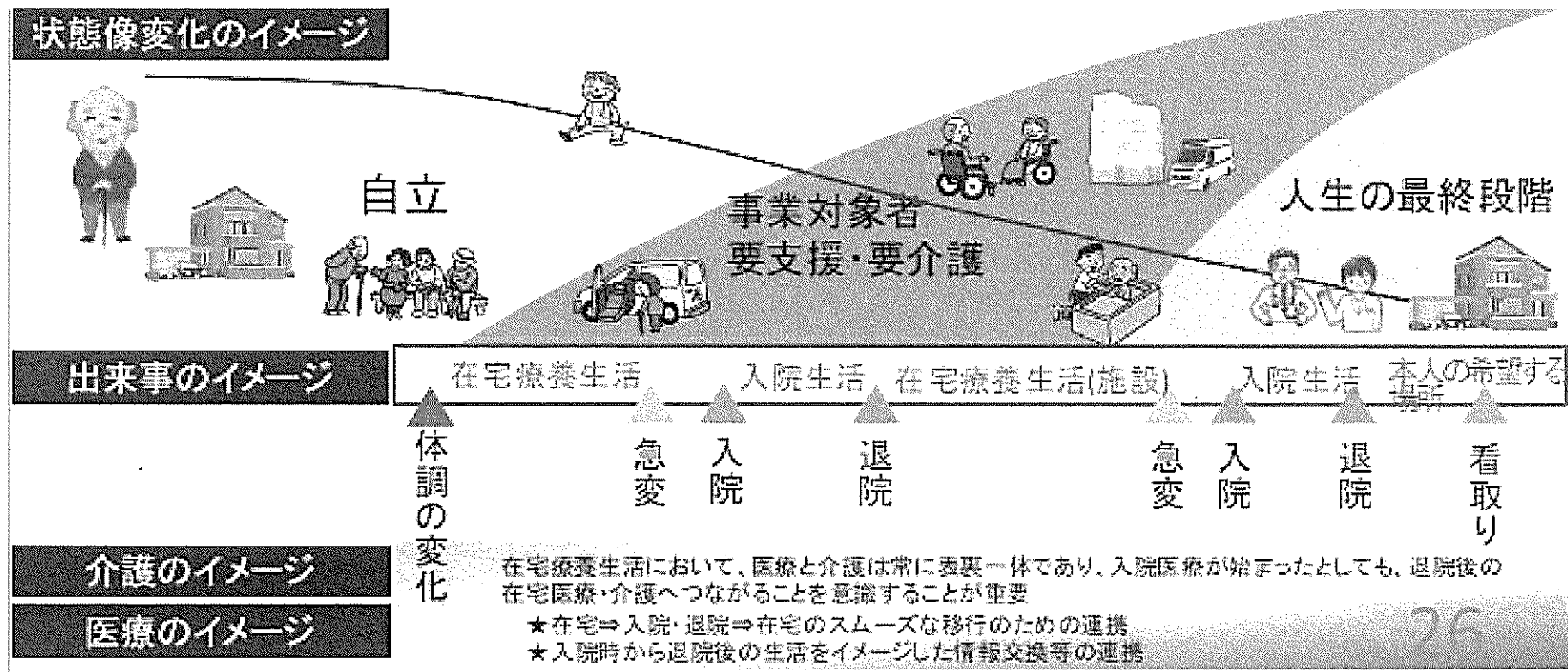
〔在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2 記載例〕

- 主治医や担当の介護支援専門員に関する情報(氏名・連絡先)
- 患者・利用者とその家族の今後の療養や生活についての希望
- 介護提供時等に得られた患者・利用者の状況や体調の変化、服薬状況
- 患者・利用者の食事摂取状況、排泄状況等のADL
- 患者・利用者の家屋の状況
- 家族による介護の対応可能性
- 患者・利用者の疾病、使用薬剤等に関する情報
- 患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方
- 予測される体調の変化及び対応方法、急変時に対応する医療機関(医療機関が決まっている場合)、急変時の医療処置等に関する希望(希望が明確になっている場合)
- 在宅療養における注意点
- 在宅生活支援や介護の際の留意点
- 入院前の在宅医療の状況 等

④ICTツールの用途は？

在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる場面(①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り)を意識した取組が必要である。

高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



4つの場面における情報共有の例

〔在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3 より〕

【日常の療養支援】

ICT等の情報ツールを活用した情報共有の推進

【入退院支援】

入退院フロー（手順書等）

【急変時の対応】

在宅療養者の急変時の対応ルールの作成、患者・利用者本人の意向の共有

【看取りの場面】

患者・利用者本人の意向の共有

⑤何のためにICT導入するのか

- ・医療と介護
 - ・病院と在宅（自宅・施設）
- 連携推進するために

ICTシステム導入と並行して

医療・介護関係者の研修やネットワークづくり

例)・多職種連携が必要な事例検討による研修

・地域の医療・介護関係者による同行訪問研修

第3回検討委員会：令和3年2月～3月予定

【検討委員会の内容】

- 医療・介護で共有したい情報のピックアップなど
- その時々の特ピック共有（コロナ感染状況や対策等）

- ソフト事業者の話を知りたい。
- システムの内容を確認したい
- 使用システムとのつなぎ、使用方法について
- システム導入による通信導入費用、年間保守費用等の維持費について

- お互いもとめる情報が違うのですり合わせが必要

- もっと具体的に現実的な話、議論をしたい

【その他】

- ・歯科医師会としても在宅対応歯科医をもっと増やし、要望に早期に対応出来る体制を整えて行きたいです

- ・在宅療養には医療と介護はセットでできる様になってほしい。

ケアマネだけ、ヘルパーだけの対応で、困り事(特に専門的な事)の解決が困難。生活面の課題については医療だけでは解決困難

- ・今回の議論が、浦安市民の患者・利用者へのメリットが検討されるとともに、医療・介護業界で働く職員への業務効率も考慮されたシステムの検討となることを期待

貴市区の特徴

資料3

地域指標	浦安市	平均値	四分位比較	地域指標	浦安市	平均値	四分位比較
人口密度	9,485	3,788	▲	介護療養型医療施設病床数	0.00	1.33	▽
高齢化率	17.1%	27.0%	▽	老人保健施設定員	3.45	9.54	▽
後期高齢化率	7.3%	13.5%	▽	老人福祉施設定員	8.82	13.82	▽
男_平均寿命	81.7	80.9	▲	医療・介護体制_訪問看護ST数)	0.17	0.30	▽
女_平均寿命	87.3	87.0		訪問看護ST看護職員	1.00	1.30	
平均寿命男女差	5.6	6.1	▽	療養病床数	2.93	9.30	▽
要介護認定_全体	13.2%	17.9%	▽	一般病床数	37.98	26.79	▲
一人あたり介護単位数	20,066	26,470	▽	地域支援病床数	0.00	8.60	▽
居宅介護単位数	11,389	13,724	▽	駅から1km以内の住居比率	37.7%	38.8%	
訪問介護単位数	3,382	3,762		最寄り医療機関から500m未満の住居比率	72.9%	58.9%	▲
通所介護単位数	3,018	4,949	▽	世帯あたり人数(人)	2.17	2.33	▽
短期入所(単位)	720	1,222	▽	高齢者独居世帯の比率	6.8%	11.4%	▽
特定施設(単位)	2,522	1,563	▲	戸建て住宅の比率	19.8%	55.8%	▽
介護施設入所率	1.5%	2.4%	▽	自宅死の割合	20.1%	13.7%	▲
居宅サービス利用率	24.0%	29.0%	▽	老人ホーム死の割合	11.4%	7.5%	▲
介護保険訪問看護利用率	1.2%	1.3%		納税義務者あたり所得(千円/人)	4,413	3,227	▲
訪問診療実施状況	0.014	0.036	▽				
看取り実施件数	0.310	0.328					

平均値 人口10万人以上の市区の平均値

- ▲ 人口10万人以上の市区の上位4分の1に含まれる
- ▽ 人口10万人以上の市区の下位4分の1に含まれる

地域指標	浦安市	平均値	四分位比較
入院中の算定率	介護支援等連携指導料	2.6%	5.3% ▽
	退院時リハビリテーション指導料	6.5%	14.2% ▽
	入退院支援加算	6.7%	23.5% ▽
	栄養サポートチーム加算	0.5%	2.3% ▽
在宅医療算定の率	訪問診療	8.4%	6.3% ▲
	訪問看護指示料	2.8%	2.4%
	在医総管	7.6%	5.5% ▲
介護サービス算定の率	訪問介護	6.6%	7.3%
	訪問看護	4.1%	3.6%
	居宅療養管理指導	7.5%	4.7% ▲
	通所サービス	10.0%	13.2% ▽
入院後12か月評価	短期入所	2.1%	3.3% ▽
	死亡月の入院レセ有	69.7%	76.8% ▽
	死亡月在宅ターミナルケア等	15.4%	11.5% ▲
在宅維持率	85.0%	83.9% ▲	

- * KDNに基づく後期高齢者のデータを使用
- 平均値 対象46市区の平均値
- ▲ 対象46市区の上位4分の1に含まれる
 - ▽ 対象46市区の下位4分の1に含まれる

公表統計に基づく指標

KDNデータに基づく指標

地域特性の分析結果「貴市区の特徴」の提供について

添付ファイルの「貴市区の特徴」では、公表されている地域別統計データと、KDB に基づく地域別のデータ集計結果から、地域の医療・介護連携に関連する下表に示す指標を一覧にして示しています。全国平均等をあわせて表示し、比較ができるようにしてありますので、貴市区の地域性を考える際の参考としてご活用ください。

表1 公表統計に基づく指標

項目	計算方法等	使用統計データ
人口密度		
高齢化率		住基人口(平成30年)
後期高齢化率		住基人口(平成30年)
男_平均寿命		市町村生命表(平成27年)
女_平均寿命		市町村生命表(平成27年)
平均寿命男女差		市町村生命表(平成27年)
要介護認定率_全体*1	第1号費被保険者あたりの要介護(支援)認定者割合	介護保険事業報告(平成29年)
一人あたり介護単位数*1	第1号費被保険者1人あたりの単位数	介護保険事業報告(平成29年)
居宅介護単位数*1	第1号費被保険者1人あたりの単位数	介護保険事業報告(平成29年)
訪問介護単位数*1	第1号費被保険者1人あたりの単位数	介護保険事業報告(平成29年)
通所介護単位数*1	第1号費被保険者1人あたりの単位数	介護保険事業報告(平成29年)
短期入所単位数*1	第1号費被保険者1人あたりの単位数	介護保険事業報告(平成29年)
特定施設単位数*1	第1号費被保険者1人あたりの単位数	介護保険事業報告(平成29年)
介護施設入所率*1	第1号費被保険者あたりの介護施設入所者割合	介護保険事業報告(平成29年)
居宅サービス利用率*1	第1号費被保険者あたりの居宅サービス利用者割合	介護保険事業報告(平成29年)
介護保険訪問看護利用率*1	第1号費被保険者あたりの訪問看護(介護保険)利用者割合	介護保険事業報告(平成29年)
訪問診療実施状況	65歳以上人口千人当たりの実施件数	在宅医療(平成29年)
看取り実施状況	65歳以上人口千人当たりの実施件数	在宅医療(平成29年)
介護療養型医療施設病床数	65歳以上人口千人当たりの病床数	在宅医療(平成29年)
老人保健施設定員数	65歳以上人口千人当たりの定員数	在宅医療(平成29年)
老人福祉施設定員数	65歳以上人口千人当たりの定員数	在宅医療(平成29年)
医療・介護体制_訪問看護 ST 数	65歳以上人口千人当たりの実施件数	在宅医療(平成29年)
訪問看護 ST 看護職員数	65歳以上人口千人当たりの看護職員数	在宅医療(平成29年)
療養病床数	65歳以上人口千人当たりの病床数	医療施設動態調査(平成28年)
一般病床数	65歳以上人口千人当たりの病床数	医療施設動態調査(平成28年)
地域支援病床数	65歳以上人口千人当たりの病床数	医療施設動態調査(平成28年)
駅から1km未満の住居比率	全住居に占める駅から1km未満の住居割合	住宅・土地統計調査(平成25年)
最寄医療機関から1km未満の住居比率	全住居に占める最寄り医療機関から1km未満の住居割合	住宅・土地統計調査(平成25年)
世帯あたり人数(人)	1世帯あたり世帯員数	住宅・土地統計調査(平成25年)
高齢者独居世帯の比率	全世帯に占める高齢者独居世帯の割合	住宅・土地統計調査(平成30年)
戸建て住宅の比率	全住居に占める戸建て住宅の割合	住宅・土地統計調査(平成25年)
自宅死率	全死亡者に占める自宅死の人数割合	在宅医療(平成29年)
老人ホーム死率	死亡者に占める老人ホーム死の人数割合	在宅医療(平成29年)
平均所得額(千円/人)	納税義務者あたり住民税課税所得額	市町村税課税状況等の調(平成30年)

表2 KDB データに基づく指標

項目	計算方法等	使用統計データ
介護支援等連携指導料	入院者(後期高齢者)に占める入院中算定割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
退院時リハビリテーション指導料	入院者(後期高齢者)に占める入院中算定割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
入退院支援加算	入院者(後期高齢者)に占める入院中算定割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
栄養サポートチーム加算	入院者(後期高齢者)に占める入院中算定割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
訪問診療	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
訪問看護指示料	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
在医総管	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
訪問介護*2	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
訪問看護*2	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
居宅療養管理指導*2	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
通所サービス*2	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
短期入所*2	入院者(後期高齢者)に占める退院翌月の利用者割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
死亡月の入院レセ有	後期高齢者の死亡月における入院レセプトの発生割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
死亡月在宅ターミナルケア等	後期高齢者の死亡月における在宅ターミナルケア等を算定している割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)
在宅維持率*2	入院前自宅の後期高齢者の入院 12 か月後も自宅である割合	KDB データ(平成 28 年～平成 30 年)

*1:介護保険広域連合に属する市区では空欄となっています。

*2:KDB 上に対象期間のデータがそろっていない場合空欄となっています。